

WNIOSEK O ZMIANĘ UPOSAŻONEGO

Numer polisy:

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy (*dane osoby reprezentującej firmę*):

.....

PESEL/NIP (*dotyczy innych podmiotów niż osoba fizyczna*):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adres do korespondencji:

.....

Telefon komórkowy:

Ubezpieczony (*wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony inny niż Ubezpieczający*):

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adres do korespondencji:

.....

Telefon komórkowy:

Niniejszym, od dnia __/__/____ r. w polisie nr: _____ wyznaczam następujących Uposażonych:

Imię i nazwisko lub nazwa jednostki organizacyjnej	Adres korespondencyjny uposażonego	PESEL/REGON lub NIP firmy	Udział (%)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

_____ *Data*

_____ *Czytelny podpis Ubezpieczającego*

_____ *Czytelny podpis Ubezpieczonego*
(Wymagany w przypadku, gdy Ubezpieczony inny niż Ubezpieczający)

Po wypełnieniu prosimy przesać niniejszy formularz na adres:

Prévoir Vie - Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce
Ul. Emilii Plater 28, 00-688 Warszawa
Tel. (22) 572 80 00, e-mail: kontakt@prevoir.pl
www.prevoir.pl